

مقایسه تأثیر آموزش مستقیم و غیر مستقیم بر تغییر نگرش والدین کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی، در زمینه میزان رضایت از درمان و تبعیت دارویی

پروین صفوی^۱، مسعود لطفی زاده^{۱*}، مرتضی سدهی^۱، فرزاد شهیدی^۲

^۱دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران؛ کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.

تاریخ دریافت: ۹۲/۶/۲۴ تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۱/۲۵

چکیده:

زمینه و هدف: اختلال نقص توجه/ بیش فعالی از شایع ترین مشکلات رفتاری است که باعث پرتحرکی، نقص توجه و افت تحصیلی در کودکان می شود. با توجه به اهمیت درمان دارویی در این اختلال، مطالعه حاضر با هدف مقایسه تأثیر آموزش مستقیم و غیر مستقیم بر تغییر نگرش والدین کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی، در خصوص میزان رضایت از درمان و تبعیت دارویی انجام گرفت.

روش بررسی: در این مطالعه کارآزمایی بالینی، ۸۰ نفر از والدین کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی مراجعه کننده به کلینیک روانپزشکی اطفال در شهرکرد، به طور تصادفی در دو گروه آموزش مستقیم و غیر مستقیم تقسیم شدند. گروه اول در ۴ جلسه آموزش مستقیم گروهی شرکت کرده و به گروه دوم کتابچه آموزشی با همان محتوا داده شد. شرکت کنندگان قبل از آموزش و یک ماه بعد از آموزش، از نظر نگرش به دارو، رضایت از درمان و میزان تبعیت درمانی مورد ارزیابی قرار گرفتند.

یافته ها: در مجموع ۶۱ نفر مطالعه را به پایان رساندند. بعد از مداخله میانگین نمرات نگرش به مصرف دارو و رضایت از درمان، در گروه آموزش مستقیم افزایش معنی داری نشان داد (به ترتیب $P < 0/001$ و $P = 0/016$)؛ ولی در گروه آموزش غیرمستقیم اختلاف آماری معنی داری در این زمینه مشاهده نشد ($P > 0/05$). همچنین در هر دو گروه میزان تبعیت دارویی بعد از یک ماه به طور معنی داری افزایش یافت ($P < 0/001$). تغییر میانگین نمره نگرش به مصرف دارو نیز در پایان دوره در گروه آموزش مستقیم نسبت به گروه غیر مستقیم اختلاف معنی داری داشت ($P < 0/01$).

نتیجه گیری: آموزش مستقیم بیش از آموزش غیر مستقیم بر بهبود نگرش به مصرف دارو و افزایش رضایت از درمان مؤثر بوده ولی هر دو روش بر بهبود تبعیت دارویی تأثیر داشته است؛ لذا نتایج مطالعه می تواند تأثیر قابل توجهی بر عملکرد کودکان دارای این اختلال در محیط خانواده و مدرسه داشته باشد.

واژه های کلیدی: اختلال نقص توجه/ بیش فعالی، آموزش، والدین، نگرش، تبعیت دارویی.

مقدمه:

مدرسه گزارش شده است (۳). در ایران نیز مطالعات مختلف، شیوع این بیماری را از ۹٪ در گناباد، ۱۱٪ در تهران تا ۱۵٪ در مشهد اعلام نموده اند (۴). همچنین احتمال شیوع این اختلال در پسران، ۹-۲ برابر بیشتر از دختران گزارش شده است (۵).

اگرچه بسیاری از مشکلات اولیه مرتبط با بیش فعالی از قبیل پرتحرکی و تکانشی بودن در دوره بلوغ کاهش می یابند، اما مشکلات ثانویه ناشی از این اختلال (رفتار ضد اجتماعی و افت تحصیلی) ممکن است ادامه یافته یا تشدید شوند (۶). همچنین در دانش آموزان مبتلا

اختلال نقص توجه/ بیش فعالی (Attention-deficit hyperactivity/ disorder= ADHD) جزء شایع ترین اختلالات روانپزشکی کودکان است؛ به طوری که علت ۵۰ درصد مراجعات به کلینیک های روانپزشکی اطفال می باشد (۱). این اختلال در طبقه بندی DSM-IV به صورت الگویی از نقص توجه/ بیش فعالی شدید و یا بی توجهی مداوم با تکرار شونده بیشتر نسبت به کودکان همان سطح رشدی تعریف شده است (۲). به طور کلی شیوع این اختلال در نقاط مختلف جهان در ۵ تا ۱۲ درصد کودکان سنین

بیش فعالی، تأثیر شیوه تربیتی آن‌ها و یا محیط منزل بر علایم بیماری، آثار مصرف طولانی مدت دارو و نیز تجویز بیش از حد و سریع دارو می‌باشد (۱۴). مطالعه دیگری نیز که در بین والدین کودکان بیش فعال طبقه اجتماعی- اقتصادی متوسط تحصیل کرده در آمریکا، صورت گرفته است نشان دهنده آن است که ۵۳٪ والدین مایل نیستند به این کودکان دارو بدهند (۱۵).

نیاز شدید به بهبود و ارتقاء دانش و نگرش والدین دارای کودک بیش فعال در ایران نیز انکار ناپذیر بوده و مطالعه‌ای در شیراز که حکایت از آگاهی تنها حدود دو سوم والدین از ضرورت مصرف دارو برای کودکان بیش فعال دارد به خوبی این مدعا را تأیید می‌کند. نکته قابل تأمل وقتی است که بدانیم، بین زمان شک به بیش فعالی و مراجعه به پزشک تأخیر زمانی در حدود ۱/۵ سال وجود داشته است (۱۶). همه این نتایج حکایت از ضرورت توجه بیش از پیش به ارتقاء آگاهی و نگرش والدین در مورد بیش فعالی کودکان دارد.

با توجه به اهمیت رویکرد دارویی در درمان بیش فعالی و نقش انکار ناپذیر آموزش در پیشبرد صحیح و کامل این رویکرد، در این مطالعه، تغییرات نگرش والدین کودکان بیش فعال نسبت به دارو، رضایت از درمان و میزان تبعیت درمانی با استفاده از دو روش آموزش مستقیم و غیرمستقیم بررسی شد؛ به طور یقین، در صورت مؤثر بودن آموزش غیر مستقیم، می‌توان از این روش به عنوان جایگزین مناسبی برای آموزش مستقیم بهره گرفت و در وقت و هزینه‌ها صرفه جویی کرد.

روش بررسی:

این مطالعه کارآزمایی بالینی که با کد کارآزمایی بالینی IRCT 2013010211983N1 در پایگاه ثبت کارآزمایی‌های بالینی ایران به ثبت رسیده است به روش نیمه تجربی (Quasi-experimental) انجام شد و والدین کودکان بیش فعال تحت درمان دارویی، گروه هدف مطالعه را تشکیل دادند. طرح

به این اختلال امکان ترک تحصیل، شکست تحصیلی و مشکل در انطباق اجتماعی بیشتر از سایر دانش آموزان است (۷). از سویی شدت بیش فعالی و درمان آن در کودکی به طور قابل توجهی پیش بینی کننده چگونگی تداوم علائم در بزرگسالی است و درمان مؤثر، کیفیت زندگی را به طور قابل توجهی بالا می‌برد (۳). در این بین درمان رفتاری و داروهای مقلد سمپاتیک (محرک‌ها و آتوموکستین) از درمان‌های رایج این بیماری می‌باشند. نتایج مطالعات متعدد، بیانگر عملکرد بهتر داروها در مقایسه با درمان رفتاری برای کنترل علائم این اختلال بوده‌اند و حکایت از افزایش قابل توجه مداخلات دارویی در درمان بیش فعالی داشته‌اند (۸،۹،۳). با این وجود، آموزش در بیش فعالی به عنوان یکی از جنبه‌های درمان اهمیت دارد. آموزش بیمار، خانواده و سایر مراقبان کودک در مورد بیش فعالی، علائم آن، سیر و پیش‌آگهی، درمان‌ها و خدمات موجود از ضرورت‌های مواجهه با این بیماری محسوب می‌شوند. بدون تردید، چنین آموزشی در ایجاد تعهد به درمان طولانی مدت برای یک اختلال مزمن اهمیت خاصی دارد (۳). این موضوع زمانی بیشتر اهمیت خود را نشان می‌دهد که بدانیم والدین کودکان بیش فعال تنها هنگامی دارو درمانی را می‌پذیرند که از مداخلات رفتاری و روانی ناامید شده باشند (۱۰). یافته‌های مطالعه Dosreis و همکاران نیز نشانگر آن است که بیش از ۵۰٪ از والدین که تنها از رسانه‌های عمومی اطلاعات خود را به دست آورده بودند، از مصرف دارو برای کودکانشان اکراه داشتند (۱۱)؛ همچنین نتایج دیگر مطالعه، نشان از ترس از مصرف دارو و در نتیجه تأخیر در مراجعه برای درمان و تأثیر منفی این امر بر قطع درمان کودکان دارد (۱۲). یافته‌های مطالعه دیگری در یونان نیز حکایت از نگرش منفی درصد قابل توجهی از والدین در مورد داروهای روانپزشکی و ترس از مصرف این داروها برای کودکانشان دارد (۱۳). همچنین، نتایج پژوهشی در آمریکا، بیانگر آنست که شایع‌ترین نگرانی‌های والدین کودکان بیش فعال، تشخیص اشتباه

آزمون، در مورد علایم اختلال بیش فعالی و کم توجهی و انواع آن، بحث شد. در جلسه دوم در مورد علل بیش فعالی و برداشت های اشتباه در مورد آن و انواع درمان این اختلال (درمان های رفتاری و دارو درمانی) بحث شد و در پایان هر جلسه به سؤالات شرکت کنندگان پاسخ داده شد. در جلسه سوم مطالب مطرح شده در جلسات قبل مرور شده و سپس داروهای مورد استفاده، عوارض و اثرات درمانی آن ها و مدت درمان مطرح شده و بحث گروهی به صورت ارائه تجارب والدین در مورد دارو درمانی و همچنین سابقه این اختلال در والدین یا سایر اقوام کودک و تأثیر آن بر عملکرد آن ها انجام شد. در جلسه چهارم مرور مطالب و رفع ابهامات انجام و در پایان پرسشنامه های پس آزمون جهت تکمیل به والدین توزیع شد. به مادران گروه دوم جزوه آموزشی با همان محتوا داده شد و پرسشنامه ها در هنگام تحویل جزوات آموزشی و یک ماه بعد تکمیل گردید.

پرسشنامه های مورد استفاده در این طرح شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و اطلاعات درمانی، پرسشنامه نگرش نسبت به دارو و پرسشنامه رضایت از درمان بود که از پرسشنامه (Attitudes, Knowledge and Medication Experiences) ASK-ME استخراج گردیده بود (۱۱). با وجود اینکه روایی و پایایی پرسشنامه های مورد استفاده در مطالعات قبلی محاسبه و در حد مناسبی اعلام شده بود، در این مطالعه مجدداً نسبت به محاسبه پایایی پرسشنامه های نگرش به دارو و رضایت از درمان اقدام شد که آلفای کرونباخ ابزارهای یاد شده به ترتیب ۰/۶۲ و ۰/۸۳ بدست آمد؛ لازم به ذکر است که در این پژوهش پرسشنامه دانش، به علت پایین بودن پایایی، مورد استفاده قرار نگرفت.

تجربی به کار رفته در این مطالعه از نوع "پیش آزمون-پس آزمون" بوده است. بنابراین، ابتدا پرسشنامه های پیش آزمون به طور همزمان بین دو گروه توزیع و اطلاعات نگرش والدین قبل از اجرای برنامه آموزشی جمع آوری گردید؛ سپس یکی از گروه ها به شیوه مستقیم و گروه دوم به شیوه غیر مستقیم آموزش داده شدند.

از بین بیماران بیش فعال مراجعه کننده به کلینیک، ۸۰ نفر انتخاب شده و به طور تصادفی به دو گروه آموزش مستقیم و غیر مستقیم، تقسیم شدند. معیارهای ورود شامل مادران کودکان بیش فعال مراجعه کننده به کلینیک روانپزشکی اطفال بود که طی ۶ ماه گذشته تحت درمان دارویی قرار داشتند و اختلال روانپزشکی دیگری به طور همبودی در آنان مطرح نبوده است. همچنین، به منظور کاهش خطا، حداقل تحصیلات والدین برای شرکت در پژوهش در حد پنجم ابتدایی در نظر گرفته شد و نمونه ها از بین مادرانی انتخاب شدند که انگیزه همکاری و مشارکت آنان در درمان کودکانشان مناسب بود. معیارهای خروج شامل کودکان بیش فعال مبتلا به اختلالات تکاملی از قبیل عقب ماندگی ذهنی و اوتیسم یا کودکان مبتلا به اختلالات حسی برجسته بود؛ همچنین سوابق والدین این کودکان نیز بررسی و از سلامت عمومی آنان اطمینان حاصل شد. برای انجام مطالعه ابتدا جزئیات طرح برای شرکت کنندگان توضیح داده شد و پس از تفهیم موضوع، افرادی که رضایت کامل داشتند در مطالعه شرکت داده شدند. همچنین به افراد مورد مطالعه اطلاع داده شد که در هر زمان می توانند از مطالعه خارج شوند. از مادران گروه اول دعوت شد که در ۴ جلسه آموزش (هر جلسه دو ساعت به صورت هفتگی) شرکت کنند. در جلسه اول پس از تکمیل پرسشنامه های پیش

در مورد نگرش به مصرف داروهای روانپزشکی، مقایسه میانگین نمرات قبل ($3/18 \pm 0/54$) و بعد ($3/78 \pm 0/53$) از آموزش در گروه آموزش مستقیم، تفاوت معنی داری را نشان داد ($P < 0/001$)؛ ولی در گروه آموزش غیر مستقیم تفاوت میانگین معنی دار نبود ($P = 0/32$). یافته های پژوهش همچنین بیانگر آن بود که بین تفاضل نمره نگرش قبل و بعد از آموزش بین دو گروه اختلاف معنی دار وجود داشته است ($P = 0/008$) (جداول شماره ۲ و ۱).

در زمینه رضایت از درمان در گروه آموزش مستقیم، افزایش میانگین نمرات بعد از آموزش معنی دار بود ($P = 0/016$)، ولی در گروه آموزش غیر مستقیم این افزایش معنی دار نبود ($P = 0/58$). همچنین در این زمینه، تفاضل نمره قبل ($3/55 \pm 0/4$) و بعد ($3/80 \pm 0/62$) در بین دو گروه تفاوت معنی داری را نشان نداد ($P = 0/336$) (جداول شماره ۲ و ۱).

در مورد تبعیت دارویی نتایج نشان داد که آموزش باعث افزایش معنی دار تبعیت دارویی در گروه آموزش مستقیم شده است؛ به طوری که در ۲۱ بیمار میزان مصرف دارو افزایش یافته و در ۱۱ نفر ثابت باقی مانده بود ($P < 0/001$)، در گروه آموزش غیر مستقیم نیز در ۱۹ بیمار مصرف دارو افزایش پیدا کرده و در ۹ نفر ثابت باقی مانده بود ($P < 0/001$)، یافته های پژوهش همچنین نشانگر عدم اختلاف معنی دار بین تفاضل میانگین مصرف دارو در دو گروه قبل و بعد از مداخله بوده است ($P = 0/56$) (جداول شماره ۲ و ۱).

برای سنجش تبعیت دارویی (treatment compliance) نسبت داروی مصرف شده به داروی تجویز شده طی یک ماه به صورت درصد گزارش گردید. این اندازه گیری دارای روایی و پایایی مناسب برای تعیین میزان مصرف دارو در کودکان بیش فعال می باشد؛ به طوری که توافق بین این اندازه گیری و دستگاه الکترونیک که تاریخ و زمان باز شدن قوطی دارو را از طریق چیپ الکترونیک روی درب آن ثبت می کند (MEMS®)، خوب تا عالی گزارش شده است ($P < 0/001$ و $ICC = 0/793$) (۱۷).

اطلاعات جمع آوری شده در این پژوهش، با استفاده از نرم افزار SPSS 18 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای توصیف اطلاعات از درصد، میانگین و انحراف معیار و به منظور تحلیل داده ها و بررسی ارتباط بین متغیرها از آزمون تی مستقل و تی زوجی استفاده شد.

یافته ها:

یافته های حاصل از مشارکت ۳۲ نفر در گروه آموزش مستقیم و ۲۹ نفر در گروه آموزش غیر مستقیم، بیانگر آنست که افراد مورد پژوهش از نظر سطح تحصیلات و شغل با یکدیگر اختلاف معنی داری نداشتند ($P > 0/05$). همچنین میانگین سنی مادران در دو گروه آموزش مستقیم و غیر مستقیم (به ترتیب $33/2 \pm 4/9$ و $33/5 \pm 4/3$) و نیز میانگین سنی کودکان آن ها در دو گروه (به ترتیب $8/3 \pm 2/5$ و $8/9 \pm 3/1$) با یکدیگر اختلاف معنی داری نشان نداد ($P > 0/05$).

جدول شماره ۱: تغییرات نمره نگرش، رضایت از درمان و تبعیت دارویی قبل و بعد از مداخله در والدین مورد مطالعه

متغیرها	میانگین تفاوت	خطای معیار تفاوت	فاصله اطمینان ۹۵ درصد میانگین		t	P
			کران بالا	کران پایین		
تغییر نمره نگرش	۰/۴۷	۰/۱۷	۰/۱۳	۰/۸۰	۲/۸	۰/۰۰۸
تغییر نمره رضایت از درمان	۰/۱۷	۰/۱۷	-۰/۱۸	۰/۵۱	۰/۹۷	۰/۳۳۶
تغییر نمره تبعیت دارویی	۳/۹۷	۶/۸۰	-۹/۶	۱۷/۵۹	۰/۵۸	۰/۵۶

نتایج بر اساس آزمون تی مستقل ارائه شده اند.

جدول شماره ۲: مقایسه نمرات متغیرهای مورد مطالعه در والدین تحت آموزش مستقیم و غیر مستقیم قبل و بعد از مداخله

نوع آموزش	متغیرها	فاصله اطمینان ۹۵ درصد میانگین		t	P
		کران بالا	کران پایین		
گروه آموزش مستقیم	نگرش به دارو	۰/۳۶	۰/۸۲	۴/۴۳	<۰/۰۰۱
	رضایت از درمان	۰/۰۵	۰/۴۵	۵/۲	۰/۱۶
گروه آموزش غیر مستقیم	تبعیت دارویی	۱۲/۹۱	۸۹/۳۴	۲/۵۵	<۰/۰۰۱
	نگرش به دارو	-۰/۳۹	۰/۱۳	-۱/۰۱	۰/۳۲
تبعیت دارویی	رضایت از درمان	-۰/۳۸	۰/۲۲	-۰/۵۹	۰/۵۸
	تبعیت دارویی	۱۴/۷۷	۳۱/۴۳	۵/۶۸	<۰/۰۰۱

نتایج با استفاده از آزمون تی زوجی ارائه شده اند.

بحث:

مستقیم تغییر نگرش معلمان مثبت تر بود (۱۸). نتایج پژوهش دیگری در مورد اثربخشی برنامه گروهی والدگری مثبت بر رابطه مادر- کودک در کودکان با اختلال بیش فعالی نشان داد که آموزش برنامه گروهی والدگری مثبت به مادران و کودکان ADHD، بر کاهش تعارض و افزایش نزدیکی در مقایسه با وابستگی اثر قابل ملاحظه ای داشته است (۱۹). همچنین، نتایج مطالعه ای که بر آموزش کودکان دارای نارسایی توجه- بیش فعالی، راهبردها و چالش های آن انجام گرفت نشان داد که این کودکان به دلیل ضعف در کارکردهای اجرایی و مشکلات رفتاری در توجه و تمرکز با مشکلات جدی مواجهند و این مسائل علاوه بر کارکردهای خانوادگی و تحصیلی، بر خود پنداره و اعتماد به نفس آن ها نیز تأثیر منفی بر جای می گذارد (۲۰). از آنجا که آموزش مستقیم یک روش فعال چهره

در دو گروه مورد مطالعه از نظر سن کودکان، سن والدین، تحصیلات آن ها، نگرش به مصرف دارو، رضایت از درمان و میزان تبعیت درمانی در ابتدای مطالعه اختلاف معنی داری وجود نداشت و دو گروه همسان بودند. بعد از آموزش، نمره نگرش به مصرف دارو در گروه آموزش مستقیم افزایش معنی داری نشان داد؛ به این معنی که نگرش شرکت کنندگان مثبت تر شد؛ در صورتی که افزایش میانگین نمره نگرش به مصرف دارو در گروه آموزش غیرمستقیم معنی دار نبود. در مطالعه دیگری که تأثیر آموزش مستقیم و آموزش غیر مستقیم معلمان دوره ابتدایی بر دانش، نگرش و عملکرد آنان نسبت به کودکان مبتلا به ADHD مقایسه شده بود، نتایج مشابهی به دست آمد؛ به این صورت که در هر دو گروه، دانش معلمان به طور معنی داری افزایش یافته بود، ولی در گروه آموزش

آموزش غیر مستقیم نیز با اینکه نگرش نسبت به دارو تغییر نکرده بود، اما میزان مصرف دارو افزایش یافته بود که ممکن است به علت افزایش آگاهی افراد از تأثیر دارو بر علائم بیش فعالی و آگاهی از عواقب طولانی مدت این اختلال در صورت عدم درمان باشد. یافته های مطالعه با عنوان "درمان دارویی برای کودکان و نوجوانان دچار اختلال نارسایی توجه و بیش فعالی" نیز به این نکته توجه دارد که درمان دارویی برای بیشتر کودکان مبتلا به ADHD، بخش عمده و اساسی در دوران درمان را تشکیل می دهد و هر چند درمان دارویی که توسط متخصص و پزشک توصیه می شود، تنها برای بهبود نشانه های ADHD است، اما پژوهش ها نشان می دهند که موفقیت کودکان و بزرگسالانی که درمان دارویی دریافت کرده اند، معمولاً به خودشان نسبت داده می شود نه دارو درمانی (۲۲). بنابراین با وجود مشکلات فراوانی که این اختلال در پی دارد، عملکرد والدین و خانواده بر پیامدها و سیر درمان تأثیر می گذارد (۲۴)؛ چرا که درمان کودکان بیش فعال اغلب به صورت مداخلات دارویی، آموزشی و رفتاری انجام می شود و این درمان شامل آموزش والد و کودک، روش های مدیریت رفتار، دارو درمانی و برنامه های مدرسه می باشد (۲۷-۲۵).

نتیجه گیری:

بر اساس نتایج مطالعه حاضر هر دو روش آموزش مستقیم و غیر مستقیم والدین در مورد اختلال بیش فعالی و نقص توجه می تواند منجر به افزایش تبعیت درمانی و افزایش مصرف دارو توسط کودکان بیش فعال در کوتاه مدت شود ولی با توجه به بهبود نگرش والدین به مصرف دارو و افزایش رضایت آنان از

به چهره می باشد و با توجه به اینکه تغییر نگرش نیاز به قدم های متفاوتی دارد که یکی از آن ها داشتن آموزش فعال و ارتباط با تعلیم دهندگان می باشد؛ به نظر می رسد آموزش مستقیم برای تغییر نگرش مؤثرتر از روش آموزش غیر مستقیم بوده است و افزایش رضایت از درمان در گروه آموزش مستقیم معنی دار بوده است که می تواند ناشی از ایجاد نگرش مثبت نسبت به درمان دارویی و کاهش نگرانی در مورد مصرف دارو باشد. ولی در گروه آموزش غیر مستقیم تفاوت معنی دار نبود. Dosreis و همکاران، در نتایج مطالعه خود، گزارش کرده اند که هر چقدر والدین نگرش مثبت تری نسبت به مصرف دارو داشته باشند، رضایت بیشتری از اثرات دارو خواهند داشت (۱۱) که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد؛ چون آموزش مستقیم تأثیر بیشتری بر بهبود نگرش والدین نسبت به دارو درمانی داشته است. در مطالعه دیگری، محققان دریافتند والدینی که یک نقطه نظر مبتنی بر بیماری در مورد درمان داشتند، توجه طبی در مورد شرایط فرزندشان را می پذیرفتند و معتقد بودند که دارو از نظر طبی برای درمان بیماری فرزندشان ضروری است. بنابراین نقطه نظر والدین در مورد مناسب بودن درمان دارویی و انتظارات آن ها از درمان، بر تصمیم گیری آن ها در مورد چگونگی درمان فرزندشان تأثیر می گذارد (۲۱). همچنین، نتایج پژوهش دیگری به این نکته اشاره دارد که آموزش والدین، یک رویکرد روانی- آموزشی است که به والدین و دیگر مراقبان، تکنیک های اجرایی، رفتاری و شناختی را که می توانند در خانه در برخورد با مشکلات رفتاری کودک استفاده کنند، آموزش می دهد و چون در والدین این کودکان اضطراب بسیار دیده می شود بر این اساس بیشتر درمان های جامعه برای آنان در راستای اصلاح الگوهای رفتاری تدوین شده است (۲۱).

در مورد میزان تبعیت دارویی، نتایج این پژوهش نشان داد که میانگین مصرف دارو در هر دو گروه بعد از آموزش به طور معنی داری افزایش یافته است. در گروه

تشکر و قدردانی:

این طرح با شماره ۱۲۲۴ توسط معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد تصویب و هزینه های آن تأمین شده است؛ بدینوسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، که با نهایت همکاری بستر این پژوهش را فراهم آوردند و نیز کلیه مادران عزیز شرکت کننده در این تحقیق سپاسگزاری به عمل می آید.

درمان در گروه آموزش مستقیم ممکن است این نتایج در طولانی مدت تفاوت داشته باشد. همچنین با توجه به اهمیت درمان دارویی در کنترل علائم این اختلال، به کارگیری نتایج مطالعه می تواند تأثیر قابل توجهی در عملکرد کودکان دارای این اختلال در محیط خانواده و مدرسه داشته باشد؛ لذا پیشنهاد می شود در مطالعات بعدی تأثیر آموزش در فواصل زمانی طولانی تر مانند ۶ ماه تا یک سال پس از آموزش سنجیده شود.

منابع:

1. Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA, Ruiz p. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
2. Borhani K, Aliabadi F, Alizadeh M, Amiri N, Mahmoodi Gharaei J. The performance of children with attention deficit/hyperactivity disorder in a visual attention test. Res J Med Sci. 2012; 19 (99): 12-17.
3. Lacomina S, Eugen Arnold L. Attention deficit hyperactivity disorders in: Martin A, Wolkmar FR. Child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
4. Akhavan karbasi S, Golestan M, Fallah R, Sadre bafghi M. Study on prevalence of Attention deficit hyperactivity disorders in 6 years children, Yazd City. J Shaheed Sadoughi Univ Med Sci. 2007; 15(4): 29-34.
5. Hariri M, Jazayery A, Jalali M, Rahimi A, Abdohahian E. Effect of omega-3 supplementation on hyperactivity, oxidative stress in children with attention-deficit-hyperactivity disorder. Malays J Nutr. 2012 Dec; 18(3): 329-35.
6. Fischer M, Barkley RA, Fletcher KE, Smallish L. The adolescent outcome of hyperactive children: predictors of psychiatric, academic, social, and emotional adjustment. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1993; 32(2): 324-32.
7. Barkley RA. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment. New York: Guilford Press; 1990.
8. Group MTAC. National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD follow-up: changes in effectiveness and growth after the end of treatment. Pediatrics. 2004; 113(4): 762-9.
9. Moline S, Frankenberger W. Use of stimulant medication for treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: A survey of middle and high school students' attitudes. Psychol. Schools. 2001; 38: 569-84.
10. Pappaport N, Chubinsky P. The meaning of psychotropic medication for children, adolescents, and their families. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2000; 39: 1198-1200.
11. Dosreis S, Zito JM, Safer DJ, Soeken KL, Mitchell JW, Jr., Ellwood LC. Parental perceptions and satisfaction with stimulant medication for attention-deficit hyperactivity disorder. J Dev Behav Pediatr. 2003; 24(3): 155-62.
12. Hack S, Chow B. Pediatric psychotropic medication compliance: a literature review and research-based suggestions for improving treatment compliance. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2001; 11(1): 59-67.
13. Lazaratou H, Anagnostopoulos DC, Alevizos EV, Haviara F, Ploumpidis DN. Parental attitudes and opinions on the use of psychotropic medication in mental disorders of childhood. Ann Gen Psychiatry 2007; 6: 32.

14. Stroh J, Frankenberger W, Cornell-Swanson L, Wood C, Pahl S. The use of stimulant medication and behavioral interventions for the treatment of attention deficit: a survey of parents' knowledge, attitudes, and experiences. *J Child Fam Stud*. 2008; 17: 385-401.
15. DosReis S, Butz A, Lipkin PH, Anixt JS, Weiner CL, Chernoff R. Attitudes about stimulant medication for attention-deficit/hyperactivity disorder among African American families in an inner city community. *J Behav Health Serv Res*. 2006; 33(4): 423-31.
16. Ghanizadeh A. Educating and counseling of parents of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Patient Educ Couns*. 2007; 68(1): 23-8.
17. Charach A, Gajaria A, Skyba A, Chen S. Documenting adherence to psychostimulants in children with ADHD. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008; 17(3): 131-6.
18. Sarraf N, Karahmadi M, Marasy MR, Azhar SM. A comparative study of the effectiveness of nonattendance and workshop education of primary school teachers on their knowledge, attitude and function towards ADHD students in Isfahan in 2010. *J Res Med Sci*. 2011; 16(9): 1196-201.
19. Abedi-Shapourabadi S, Pourmohamadreza-Tajrishi M, Mohamadkhani P, Farzi M. Effectiveness of Group Training Positive Parenting Program (Triple-P) on Parent-Child Relationship in Children with Attention Deficit/ Hyperactivity Disorders. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2012; 4(3): 63-73.
20. Parand A. Teaching children with attention deficit /hyperactivity strategies and challenges. *J Except Edu*. 2013; 114: 38-41.
21. DosReis S, Mychailyszyn MP, Evans-Lacko SE, Beltran A, Riley AW, Myers MA. The meaning of attention-deficit/hyperactivity disorder medication and parents' initiation and continuity of treatment for their child. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2009; 19(4): 377-83.
22. Hasan Zade Samin F. Introduction to psychological treatments for children with attention deficit disorder/hyperactivity. *J Except Edu*. 2008; 85: 45-51.
23. Behboudi H. Medication for attention deficit disorder/hyperactivity in children and adolescents. *J Except Edu*. 2007; 74: 63-67.
24. Kord Lo M, Esmali Z. Hyperactivity: appropriate strategies to deal with hyperactive children. *J Except Edu*. 2013; 117: 38-46.
25. Abolmaali Damghani FS. Behavior management in student's class with attention deficit disorder or hyperactivity. *J Except Edu*. 2009; 88-89: 59-61.
26. Haji Seyed Javadi T, Borjali M, Borjali A. Effectiveness of Barkley's behavioral parent training in reducing symptoms of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Qom Univ Med Sci J*. 2014; 17(6): 47-52.
27. Khoushabi K, Shamsaee MM, Jadidi M, Nikkhah HR, Basteh Hoseini SH, Malek Khosravi GH. A comparative study on the effectiveness of stimulant therapy (ritalin) neurofeedback, and parental management training and interaction of the three approaches on improving adhd and quality of mother -child communication. *Sci J Hamdan Univ Med Sci*. 2013; 20(2):132-142.

The effect of direct and indirect education on attitudes of parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder towards medication treatments

Safavi P¹, Lotfizadeh M^{1*}, Sedehi M¹, Shahidi F²

¹Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, I.R. Iran; ²Student Research Committee, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, I.R. Iran

Received: 15/Sep/2013 Accepted: 14/Feb/2014

Background and aims: Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) is one of the most common childhood behavioral disorders causing hyperactivity, attention deficit and education decline among children. Regarding the importance of medication treatment, this study was performed to compare the effect of two methods (Direct and Indirect) of education of parents of children with ADHD on their attitudes about medication, treatment satisfaction and medication compliance.

Methods: In this clinical trial study, eighty parents of children with ADHD, referred to child psychiatry clinic in Shahrekord were randomly assigned to direct and indirect education groups. The first group (direct education) was attended in groups four sessions. The second group was given education booklet with the same content. Participants were evaluated before and one month after education in terms of their attitudes to medication, treatment satisfaction and treatment compliance.

Results: 61 parents of 81 participants continued the study. After intervention, the mean scores of attitudes about medication and satisfaction with treatment were significantly improved in the direct education group ($P < 0.001$ and $p = 0.016$ respectively), whereas in indirect education group, significant difference was not statistically observed ($P > 0.05$). Both groups had significantly increased treatment compliance one month after education ($P < 0.001$). Change of mean score attitudes to medication consumption at the end of the periods was significantly different in direct group compared to indirect education group ($P < 0.01$).

Conclusion: Direct education was more effective than indirect education on improvement of attitudes towards medication and increase in treatment satisfaction, and both methods resulted in increased medication compliance. Regarding the importance of medication treatment in this disorder, using results of this study can have significant influence on function of children with this disorder in family and school environment.

Keywords: Attention-deficit/hyperactivity disorder, Education, Parent, Attitude, Treatment

Cite this article as: Safavi P, Lotfizadeh M, Sedehi M, Shahidi F. The effect of direct and indirect education on attitudes of parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder towards medication treatments. J Shahrekord Univ Med Sci. 2014; 16(2): 104-112.

***Corresponding author:**

Public Health Dept., Health School, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, I.R. Iran. Tel:00983813334754, E-mail: masoud_lotfizadeh@yahoo.com